

Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel

(Direktor: Prof. Dr. Th. Koller)

Arbeit unter Leitung von PD Dr. J. Berger, 1. Oberarzt

**und der Pathologisch-Anatomischen Anstalt
der Universität Basel**

(Direktor: Prof. Dr. A. Werthemann)

**Ergebnisse der Nachuntersuchungen von
einfachen und gesteigerten Epithelotypen
der Portio vaginalis uteri (1943-1954)**

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

MARIANNE STUTZ

von Liestal (Baselland)

VERLAG P. G. KELLER - WINTERTHUR 1959



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548804_0132

Aus der Universitäts-Frauenklinik Basel

(Direktor: Prof. Dr. Th. Koller)

Arbeit unter Leitung von PD Dr. J. Berger, 1. Oberarzt

und der Pathologisch-Anatomischen Anstalt
der Universität Basel

(Direktor: Prof. Dr. A. Werthemann)

Ergebnisse der Nachuntersuchungen von einfachen und gesteigerten Epithelatyphen der Portio vaginalis uteri (1943-1954)

INAUGURAL-DISSERTATION

zur Erlangung der Doktorwürde

der Medizinischen Fakultät der Universität Basel

vorgelegt von

MARIANNE STUTZ

von Liestal (Baselland)

VERLAG P. G. KELLER - WINTERTHUR 1959

Von der Medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag
von Herrn Prof. Dr. Th. Koller

Tag der Promotion: 3. März 1956



Inhaltsverzeichnis

A. Einleitung	5
B. Zahl der untersuchten Frauen	7
C. Altersverteilung	9
D. Nachkontrollen	11
1. Ergebnisse der Nachkontrollen bei früherem Hi. I/II	13
Hi. I/II, Nachkontrolle o. B.	13
Hi. I/II, Nachkontrolle Hi. I/II	14
Hi. I/II, Nachkontrolle Hi. III/IV	14
2. Ergebnisse der Nachkontrollen bei früherem Hi. III/IV	16
Hi. III/IV, Nachkontrolle o. B.	18
Hi. III/IV, Nachkontrolle Hi. I/II	18
Hi. III/IV, Nachkontrolle Hi. III/IV: Behandlung	19
Hi. III/IV, Nachkontrolle Carcinom	22
3. Ergebnisse der Nachkontrollen bei Atypien in graviditate	23
4. Collum-Carcinome	25
E. Schlussfolgerung	26
F. Zusammenfassung	27
G. Kasuistik	28
H. Literaturverzeichnis	36
Histologische Bilder	Kunstdruckteil

An dieser Stelle möchte ich Herrn Prof. Dr. Th. Koller für die Überlassung des Themas und Patientenmaterials, Herrn Dr. J. Berger, Oberarzt, für seine Mithilfe und Beratung bei der Ausführung der Arbeit herzlichst danken.

Herrn Prof. Dr. A. Werthemann verdanke ich die Besprechung und Beschreibung der histologischen Präparate sowie die Überlassung derselben zur Photographie.

A. Einleitung

Das Problem der Zusammenhänge zwischen den Epithelotypen an der Portio vaginalis uteri und dem Portiocarcinom ist immer noch nicht abgeklärt. Wahrscheinlich kann darüber erst näheres ausgesagt werden, wenn die Entstehung der Carcinome bekannt ist.

In dieser Arbeit soll gezeigt werden, in wie vielen Fällen bei einfachen und gesteigerten Portioepithelotypen später ein Carcinom der Portio vaginalis uteri auftritt. Wir versuchten, möglichst viele Patientinnen mit Portioepithel-Veränderungen (Hinselmannstadium = Hi.) Hi. I/II abc und Hi. III/IV abc aus den vergangenen 11 Jahren nachzukontrollieren. Besonderer Wert wurde gelegt auf die Abklärung des Schicksals der einfachen Atypien, da deren Rolle in der Entstehung des Portio-Carcinoms umstritten ist: die Möglichkeit der Carcinom-Entstehung daraus wird wohl theoretisch angenommen (*Hinselmann, Glatthaar*), aber es konnte noch kein sicher belegter Fall mit Krebsentwicklung verfolgt werden (*Brasch*).

An der Universitäts-Frauenklinik Basel wurden seit 1943 in Zusammenarbeit mit der pathologisch-anatomischen Anstalt der Universität (*Prof. A. Werthemann*) die Portioepithel-Veränderungen im Sinne *Hinselmanns* einfach atypisches Epithel (Hi. I/II) und gesteigert atypisches Epithel (Hi. III/IV) in die Untersuchungen einbezogen. Aus personellen Gründen wurde vorerst auf die Kolposkopie verzichtet (*Koller*), und einzig mit konsequenter Ausführung der *Schillerschen* Jodprobe und ausgiebigen Probeexzisionen gute Resultate erzielt:

1943—1952 bei 59 720 untersuchten Patientinnen

0,58 % Carcinoma colli Stadium I—IV

0,24 % Carcinoma in situ und Hi. III/IV.

Inzwischen wurde aber immer deutlicher, dass die besten Resultate in der Früherfassung der Portio-Carcinome einzig mit der *Kombination* verschiedener, einander ergänzender Untersuchungsmethoden erreicht werden (*Runge, Berger* u. a.), wobei die letzte Bestätigung aber nach wie vor dem histologischen Befund zukommt (*Wespi, Glatthaar, Limburg, Runge, Wenner, Haefeli, Berger, Brasch*). Deshalb wurde 1953 eine Carcinom-Früh-

erfassungs-Sprechstunde eingerichtet, wo folgende Untersuchungen vorgenommen werden:

Speculumuntersuchung der Portio,
Abstriche zur Zytodiagnostik nach *Papanicolaou* (Vagina, Portio, Cervix, evtl. Endometrium),
erweiterte Kolposkopie (Betupfen mit 2 %iger Essigsäure, anschliessend *Schillersche* Jodprobe).
gezielte Probeexzisionen, evtl. Strichcurettage aus dem Cervicalkanal,
bimanuelle Untersuchung.

Da zur endgültigen Diagnosestellung immer auf die Histologie abgestellt wird, werden bei folgenden Veränderungen unter kolposkopischer Sicht Probeexzisionen vorgenommen:

- a) erstmalig festgestellte Leukoplakie, Grund, Felderung,
- b) scharfrandig jodnegative, uncharakteristische Bezirke,
- c) unklare Portioveränderungen (uncharakteristische rote Flächen),
- e) suspekter Ektopie und Umwandlungszone (blutend, wuchernd),
- f) suspekter oder positiver zytologischer Abstrich.

In der histologischen Beurteilung wurden die besten Erfahrungen mit der Einteilung nach *Hinselmann* gemacht (*Werthemann*). Infolge der ständigen Diskussionen um das Oberflächen-Carcinom wurde dieses nie als spezielle Gruppe unterschieden, wohl aber auf die besondere Stärke der Epithelveränderungen aufmerksam gemacht.

In den folgenden Ausführungen wird der Begriff „atypisches Epithel“ immer im *histologischen*, weiteren Sinne verstanden (*Hinselmann*, *Mestwerdt*, *Wespi*), und nicht als kolposkopischer Begriff, da sich unter dem „kolposkopisch atypischen Epithel“ (*Hinselmann* zu Beginn, *Dietel* und *Focken*, *Recken*) von den harmlosesten Veränderungen bis zum Carcinom alles finden kann (*Limburg*).

B. Zahl der untersuchten Frauen

Tabelle I

Zum Vergleich:
prozentuale Anteile
bei 4352 histol. Por-
tioneuntersuchungen des
pathol.-anat.
Institutes
(Prof. Werthemann):

o. B. (1281 ohne Probeexzision, 653 mit Probeexzision)	1934 = 64,0 %	
Hi. I/II*	946 = 31,2 %	31,6 %
Hi. III/IV*	90 = 3,0 %	3,2 %
Collum-Carcinom*	55 = 1,8 %	
Total (1. 6. 1953—31. 5. 1955)	3 025 = 100,0 %	

* Eingeteilt nach der im Laufe der Zeit gefundenen stärksten Atypie.

1934 Fälle = 64 % wurden als *gutartig* beurteilt, 1281 Fälle davon nur auf Grund des unverdächtigen kolposkopischen und zytologischen Bildes. Bei den übrigen 653 Frauen machte der kolposkopische oder zytologische Befund eine histologische Untersuchung notwendig, diese zeigte jedoch keine oder nur geringfügige Epithelveränderungen (Entzündung, Erosion). Es können sich allerdings hierbei auch Fälle finden, bei denen die Probeexzisionen trotz der Vornahme unter kolposkopischer Sicht nicht an der richtigen Stelle erfolgten, oder bei der Verarbeitung zum histologischen Schnitte nicht an der richtigen Stelle erfasst wurden. Diese falsch negativen Befunde würden sich also in der Unmöglichkeit der mikroskopischen Erfassung des gesamten Portioepithels erklären.

Bei 946 Frauen = 31,2 % ergab die Biopsie aus der Portio *einfach atypisches Epithel*. (Haefeli: 18,1 % „abnormes Epithel“, das dem einfach atypischen Epithel *Hinselmanns* entspricht. Auch wenn man die 1,45 % der Übergangsgruppe „unruhiges Epithel“ [ca. Hi. II-III] dazunimmt, kommt *Haefeli* erst auf 19,55 %.)

90 Frauen = 3 % zeigten (teilweise im Laufe mehrerer Untersuchungen) als bösartigsten Befund *gesteigert atypisches Epithel*. (Haefeli: 0,39 % „atypisches Epithel“ und 33 Fälle = 0,36 % Ca in situ; also total 0,75 % gegenüber unseren 3 %.) *Werthemann* erklärt sich diese doch beträchtlichen Unterschiede durch:

- a) gewisse Verschiedenheiten der Interpretation,
- b) die Gruppe des „unruhigen Epithels“.

Ausserdem handelt es sich bei unserem Material um mit der *Schillerschen* Jodprobe triagierte Fälle.

55 Patientinnen = 1,8 % zeigten ein *Collum-Carcinom* der Stadien I-IV. Deren Entdeckung gelang teilweise schon auf Grund der bimanuellen Untersuchung und Speculumeinstellung der Portio mit Jodprobe, aber auch diese Fälle wurden zur Kontrolle kolposkopisch und zytologisch untersucht. Die 31 Carcinome, die mit Hilfe der Kolposkopie, Zytologie, Probeexzisionen und Curettagen oder evtl. erst des Operationspräparates entdeckt wurden, mussten teilweise mit verschiedenen Methoden gesucht werden. Die ersten Probeexzisionen zeigten bei 6 von diesen 31 Frauen lediglich eine gesteigerte Atypie.

C. Altersverteilung

Die Altersverteilung der 55 Fälle mit *Ca colli*-Stadium I-IV zeigt das bekannte Maximum bei 50—55 Jahren (*Niggli, Gadola, Recken*).

Einfache Atypien (Hi. I/II) und *gesteigerte Atypien* (Hi. III/IV) zeigen beide asymmetrische Kurven mit einem steilen Anstieg, der zwischen 10—15 Jahren beginnt, und einem flacheren Abfallen im Alter von 55 bis 85 Jahren. Ihre Verteilung ist weitgehend ähnlich. Die Kurve der einfachen Atypien liegt nicht in einem deutlich früheren Alter als diejenige der gesteigerten Atypien, wie dies bei einer Weiterentwicklung des Hi. III/IV aus dem Hi. I/II der Fall sein müsste. Dafür können verschiedene Erklärungen gefunden werden:

a) Eine solche Weiterentwicklung liegt nur bei wenigen Fällen (*Glatthaar*) vor, so dass sie in einem grösseren Zahlenmaterial gar nicht erkannt werden kann, sondern nur bei Beobachtung eines einzelnen konkreten Falles.

b) Es gibt gar keine Weiterentwicklung, wogegen aber die Beobachtung spricht, dass Hi. I/II und Hi. III/IV oft nebeneinander im Epithel liegen (*Wespi*), beide aber aus normalem Portioepithel entstehen; oder *Glatthaars* Nachweis einer lückenlosen Reihe von Portioepithel-Veränderungen, die bis zum Carcinom gehen können.

Vor allem fällt aber auf, dass das *häufigste Vorkommen von Hi. I/II und Hi. III/IV* bei einem *früheren Zeitpunkt* (35—45 Jahre) liegt als dasjenige des Carcinoms, dementsprechend die Kurven im gesamten nach links verschoben und deutlich vom Collum-Carcinom unterscheidbar erscheinen. Diese Besonderheit erkannten schon verschiedene Autoren, vor allem in bezug auf Hi. III/IV und das sog. Carcinoma in situ, so *Glatthaar*: Maximum des Oberflächen-Ca bei 30—39 und 40—49 Jahren. *Koller/Erb*: Maximum des Hi. III/IV und Stadium 0 bei 35—39 Jahren (26,3 %) und 45—49 Jahren (28,5 %). 40—44 Jahre = 16,7 %. *Dietel* und *Focken* finden die Maxima für Hi. I/II und Hi. III/IV sogar bei 21—30 Jahren; grosse Häufigkeit aber ebenfalls bei 31—40 Jahren, während *Recken* den Höhepunkt eher zwischen 40—45 Jahren findet, dies aber teilweise auf eine andere Auswahl der Patientinnen zurückführt.

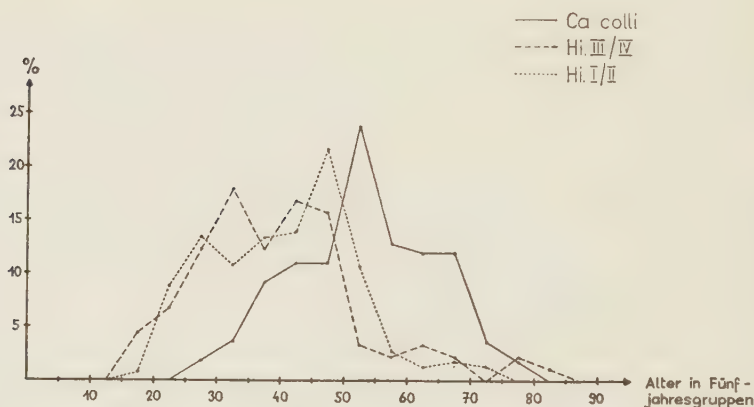
Wespi erklärt das Vorkommen der Oberflächen-Carcinome in früherem Alter mit der Latenzzeit der beginnenden Krebse. — Auf jeden Fall wird klar, dass die Portioepithelveränderungen Hi. I/II und Hi. III/IV vorwiegend in einem Alter unter 50 Jahren vorkommen, und deshalb sicher zum Teil mit hormonalen Vorgängen zusammenhängen (*Wespi, Recken*,

Runge). Daneben ist der beträchtliche Prozentsatz von *Atypien bei Frauen über 50 Jahren* interessant:

einfache Atypie in 17,7 %,
gesteigerte Atypie in 14,3 % der Fälle bei über 50jährigen,
(Recken: kolposkopisch atypisches Epithel [Grund, Felderung, Leukoplakie, atypische Umwandlungszone] in 17,7 % bei Frauen über 50 Jahren).

Tabelle II

Altersverteilung der Portioepithelatypien Hi. I/II und Hi. III/IV, sowie des Ca colli (in %)



Das Auftreten von Atypien des Portioepithels scheint deshalb nicht nur an die Zeit der Geschlechtsreife gebunden zu sein, sondern eine gewisse Unabhängigkeit vom hormonalen Geschehen zu zeigen. Im Gegensatz dazu beobachteten einige Autoren in der Menopause „fast niemals diese Vorstadien“.

Das ziemlich häufige Vorkommen der Portioepithel-Veränderungen schon zwischen 21—30 Jahren (Hi. I/II in 22,2 %, Hi. III/IV in 19,8 % der Fälle) rechtfertigt die Kontrolle relativ junger Frauen: jede Frau über 25 Jahren sollte sich regelmässig untersuchen lassen, und nicht — wie bisher angenommen — jede Frau über 40 Jahren. Bei den jüngeren Altersgruppen ist der Glykogengehalt des Portio- und Vaginalepithels physiologischerweise so reichlich, dass kleine Veränderungen sich schon bei der *Schillerschen* Jodprobe durch ihre Negativität deutlich abheben. Deshalb wird hier oft die Jodprobe als Kontrolluntersuchung schon genügen.

D. Nachkontrollen

Die ersten Aufgaben sind selbstverständlich die sofortige Behandlung der Carcinom-Patientinnen und die nähere Abklärung der Portio-Veränderungen Hi. III/IV mit anschliessender Behandlung. Dies fällt aber der Klinik zu, während sich die Früherfassung neben dem erstmaligen Untersuchen immer weiterer Frauen vor allem der *Nachkontrolle* der nicht Ca-verdächtigen Frauen zu widmen hat. Denn was nützt eine mit viel Arbeit aufgezogene Früherfassung, wenn nachher alle gesunden Frauen sich nicht mehr untersuchen lassen, bis sie an einem invasiven Carcinom erkranken? Vielmehr haben sie alles Interesse daran, sich in regelmässigen, dem Zustande der Portio angepassten Zeitabständen erneut untersuchen zu lassen. Im allgemeinen werden die *Kontrollen* angesetzt nach:

Histologischer Befund:

o. B.	1—2 Jahren,
Hi. I/II	6 Monaten — 1 Jahr,
Hi. III/IV	sogleich Einweisung in Klinik.

(Zur Festsetzung der Kontrollzeiten spielen aber auch das kolposkopische Bild, die vaginalen Abstriche, Alter, Symptome usw. eine Rolle!)

Ausserdem werden auch alle Frauen, die vor der Einrichtung der Früherfassungs-Sprechstunde in den Jahren 1943—1953 an der Portio einfache oder gesteigerte Atypien zeigten, soweit nicht der ganze Uterus entfernt wurde, zur Nachkontrolle in die Früherfassungs-Sprechstunde aufgeboten.

Meist genügt die Aufforderung, an einem bestimmten Termin zur Untersuchung zu kommen, nicht. Vielmehr müssen die Frauen durch eigentliche Aufgebote wieder daran erinnert werden. Auch einer schriftlichen Aufforderung leisten lange nicht alle Frauen Folge. So konnten von 952 Hi.-I/II-Fällen in der Zeit vom 1. Juni 1953—31. Mai 1955 erst 530 Fälle nachkontrolliert werden; die anderen Frauen leisteten dem Aufgebot zum grössten Teil keine Folge. Andere stehen bei Privatärzten in Kontrolle und Behandlung, oder die Kontrolle ist noch nicht fällig geworden.

Die Patientinnen mit Carcinom (auch wenn es klinisch noch nicht manifest war) konnten alle von der Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung überzeugt werden, während von den Frauen mit gesteigerter Atypie 2 trotz ursprünglicher Krebsangst, bzw. trotz ausdrücklichen Hinweises auf die Möglichkeit einer Carcinom-Entstehung aus ihrer Portioveränderung nach

einigen Kontrollen und dem Vorschlag zu Portio-Amputation und fraktionierter Curettage nicht mehr erschienen (Fälle 5 und 6).

Zahl der nachuntersuchten Frauen

	Histologischer Befund bei der ersten Untersuchung	davon nachkontrolliert
Hi. I/II abc	952	530
Hi. III/IV abc	87	87
Total	1 039	617

Von 1039 Frauen erschienen 617 = 59 % zur Kontrolle. Diese relativ hohe Zahl (*Recken*: nur 35 %) ist in erster Linie dem Einsatz des Personals in der Früherfassungs-Sprechstunde zu verdanken.

Die *Beobachtungszeiten* waren bei diesen 59 % von nachuntersuchten Frauen sehr verschieden: sie gingen von wenigen Monaten bis zu 11 Jahren (Tabelle III). Da erst vom Jahre 1943 an die Portioepithel-Veränderungen im Sinne *Hinselmanns* in die histologische Beurteilung einbezogen wurden, verfügen wir lediglich über bis während 11 Jahren beobachtete Fälle (*Dietel* und *Focken*: Kontrollzeiten bis zu 23 Jahren). Da die Latenzzeiten der Rückbildung und Weiterentwicklung sehr lang sind, müssen diese Beobachtungen auf jeden Fall weitergeführt werden.

Tabelle III

Beobachtungszeiten bei 617 Frauen

Beobachtungs- zeit	Hi. I/II	Hi. III/IV	Total
Monate	117 = 18,9 %	45 = 7,4 %	162 = 26,3 %
1 Jahr	206 = 33,5 %	13 = 2,1 %	219 = 35,6 %
2 Jahre	68 = 11,0 %	8 = 1,2 %	76 = 12,2 %
3 Jahre	26 = 4,3 %	4 = 0,6 %	30 = 4,9 %
4 Jahre	13 = 2,1 %	6 = 1,0 %	19 = 3,1 %
5 Jahre	28 = 4,6 %	3 = 0,5 %	31 = 5,1 %
6 Jahre	20 = 3,2 %	—	20 = 3,2 %
7 Jahre	16 = 2,4 %	1 = 0,2 %	17 = 2,6 %
8 Jahre	20 = 3,3 %	2 = 0,3 %	22 = 3,6 %
9 Jahre	14 = 2,3 %	—	14 = 2,3 %
10 Jahre	1 = 0,1 %	1 = 0,2 %	2 = 0,3 %
11 Jahre	1 = 0,2 %	4 = 0,6 %	5 = 0,8 %
Total	530 = 85,9 %	87 = 14,1 %	617 = 100,0 %

1. Ergebnisse der Nachkontrollen bei früherem Hi. I/II

Innert 11 Jahren erschienen 530 (von 952) Frauen mit früherer einfacher Atypie an der Portio zur Kontrolle.

Tabelle IV

Ergebnisse der Kontrollen bei früherem Hi. I/II

Kontrolle nach:	Total	o. B.	o. B. (vorher wiederholt Hi. I/II)	(unverändert) Hi. I/II)	Hi. III/IV	Ca
Monaten	117	66	7	40	4	—
1 Jahr	206	111	21	72	2	—
2 Jahren	68	35	11	22	—	—
3 Jahren	26	11	7	8	—	—
4 Jahren	13	11	1	1	—	—
5 Jahren	28	21	4	3	—	—
6 Jahren	20	14	5	1	—	—
7 Jahren	16	11	2	3	—	—
8 Jahren	20	15	3	2	—	—
9 Jahren	14	9	4	1	—	—
10 Jahren	1	—	1	—	—	—
11 Jahren	1	—	—	1	—	—
	530	304	66	154	6	0
		370				
	100 %	69,9 %		29,0 %	1,1 %	0,0 %
		98,9 %				

Hi. I/II, Nachkontrolle o. B. (Fälle 1 und 2)

Bei nahezu 70 % (370 Frauen) bildete sich die Veränderung des Portioepithels spontan zurück, d. h. es war entweder nach dem kolposkopischen Befund gar keine Probeexzision mehr nötig, oder die histologische Untersuchung derselben ergab normales Portioepithel oder nur geringgradige Veränderungen (Entzündung, Granulationsgewebe, Erosion), wie dies *Fall 1* demonstriert.

Bei ca. einem Fünftel dieser Frauen, nämlich bei 66 Patientinnen, bestand aber vorerst die einfache Atypie unverändert weiter, und erst nach längerer Zeit konnte ein schon kolposkopisch unverdächtiger Befund oder

auf jeden Fall eine völlig unverdächtige Histologie gefunden werden (Fall 2).

Dieses lange Bestehenbleiben des „abnormen Epithels“ (= Hi. I/II) über viele Jahre hat schon *Glatthaar* beobachtet. Er betrachtet es als Resultat einer Differenzierungsstörung, bei der es aber schlussendlich doch wieder zu einer langsamen Ausreifung zu originärem Portioepithel kommt.

Auch *Dietel* und *Focken* fanden eine Rückbildung in 30,4 % der Fälle, die aber oft erst nach sehr langer Zeit erfolgte (bis zu 20 Jahren!). *Wespi*, der 41 Fälle von Hi. I/II während 4 Jahren kontrollierte, fand, dass nach dieser relativ kurzen Zeit die Epithelveränderungen immer noch bestanden.

Hi. I/II, Nachkontrolle Hi. I/II (Fall 3)

Bei weiteren 29,0 % = 154 Frauen, wurde immer wieder anlässlich der histologischen Untersuchung eine einfache Atypie gefunden. Allerdings wurden 134 dieser Frauen erst während Monaten bis zu 2 Jahren kontrolliert, so dass die oben erwähnte lange Rückbildungszeit noch gar nicht erreicht ist. Es kann also damit gerechnet werden, dass sich auch hier mit der Zeit bei manchen Frauen wieder Plattenepithel vorfinden wird. Die restlichen Frauen hingegen wurden über längere Zeit (3—11 Jahre) beobachtet und zeigen immer noch unverändert den Befund eines Hi. I/II, wie *Fall 3*.

Hi. I/II, Nachkontrolle Hi. III/IV (Fall 4)

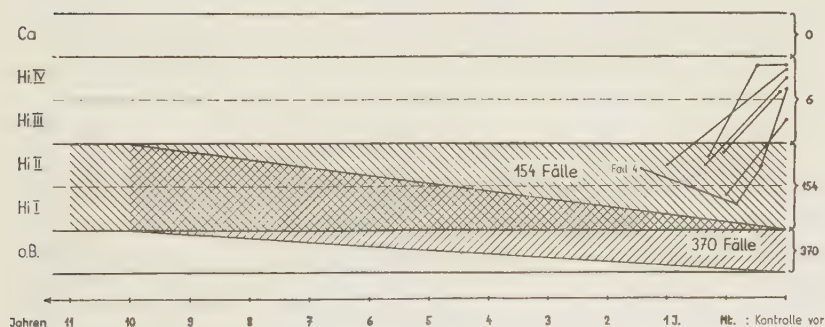
Nur 6 = 1,1 % von allen 530 Frauen mit früherem Hi. I/II zeigten bei der Nachuntersuchung einen *Hi. III/IV*. Es fällt aber auf, dass die „Entwicklungszeit“ kurz ist und lediglich Monate bis 1 Jahr beträgt. Auch war die Zytologie bei allen 6 Frauen anlässlich der ersten Untersuchung, wo die Histologie nur Hi. I/II ergab, schon suspekt oder sogar positiv. Bei späteren Portio-Kontrollen ergab die Histologie gesteigerte Atypien, womit sich die positiven zytologischen Befunde erklären. Wahrscheinlich lag also schon bei Beginn der Untersuchungen eine gesteigerte Atypie vor, die aber trotz kolposkopischer Sicht bei der Vornahme der Probeexzision nicht erfasst wurde. Einfache Atypien finden sich oft neben gesteigerten Atypien im Portioepithel (*Wespi*: in 40 % ein Hi. I/II neben Oberflächen-Carcinom. *Deuel*: in 27 % ein Hi. I/II neben Hi. III/IV), so dass bei falsch lokalisierter Probeexzision ein harmloserer Befund vorgetäuscht wird.

Dementsprechend handelt es sich vor allem bei 4 Frauen (Hi. III/IV schon nach wenigen Monaten) lediglich um die Vortäuschung eines Atypischer-Werdens des Epithels.

Bei den übrigen 2 Frauen dauerte es aber längere Zeit (mit unverändertem Hi. I/II), bis plötzlich die gesteigerte Atypie gefunden wurde. Als Beispiel *Fall 4*, wo die gesteigerte Atypie an der gleichen Stelle vorlag, die während eines Jahres nur einfache Atypien aufwies. Bei der serienmässigen Durchuntersuchung der amputierten Portio wurde aber nur Hi. IIa, IIb, manchmal IIc gefunden, hingegen keine gesteigerte Atypie mehr. Ausser der Möglichkeit, dass eventuelle bösartigere Veränderungen aus Gründen der Verarbeitung (aus jedem der 6 Blöcke, in die die Portio aufgeteilt wird, werden einige Schnitte angefertigt) nicht gefunden wurden, wäre hier eine restlose Entfernung des Hi. IVb anzunehmen: eine „Heilung durch Probeexzision“, wie sie *Wespi, te Linde, Galvin, Limburg* und *Berger* in Erwägung ziehen. Nach *Limburg* bedeutet diese „Heilung“ aber nicht, dass es „keine Carcinome gewesen seien“. Alle 6 Frauen wurden operiert (5 Portio-Amputationen, 1 einfache totale Hysterektomie) und stehen in regelmässiger Kontrolle, wobei keine Atypien mehr zu finden waren.

Tabelle V

Verlaufskurven bei 530 Fällen mit früherem Hi. I/II
(Kontrollen nach Monaten bis 11 Jahren)



Bei kurvenmässiger Zusammenstellung der Nachkontrollen in zeitlicher Aufeinanderfolge lassen sich als breite Bänder die 370 Fälle, die sich zur Norm zurückbildeten, sowie die 154, die stationär blieben, verfolgen.

Nur in vereinzelten Fällen trat eine Aufwärtsbewegung, eine Weiterentwicklung zu stärkerer Malignität auf: 6 Frauen zeigten bei den Kontrollen einen *Hi. III/IV* schon innert Monaten bis 2 Jahren. Wir vermissen aber Fälle, wo die weitere Entdifferenzierung erst nach längerer Zeit auftrat (wie dies vor allem *Glatthaar* annimmt). Es besteht die Möglichkeit, dass sich unsere Kontrollen noch gar nicht über genügend lange Zeitabschnitte erstrecken, um solches zu beobachten. — Bei keiner einzigen Frau kam es zur Carcinom-Entwicklung.

Bei dem geringen Anteil der einfachen Atypien, die sich mit einiger Sicherheit zu gesteigerten Atypien entwickelten (2 = 4 % von 530 Frauen), wird es unzählige und über Jahre ausgedehnte Untersuchungen brauchen, bis endlich genügend Material zur Beurteilung dieser Möglichkeiten (Weiterentwicklung zu gesteigerter Atypie, vielleicht bis zum Carcinom) vorhanden ist.

2. Ergebnisse der Nachkontrollen bei früherem *Hi. III/IV*

Über das Schicksal der Portioveränderungen *Hi. III/IV* wurde, besonders wegen ihrer Unterscheidung vom Oberflächen-Carcinom und dem Zusammenhange mit dem „klassischen“ Portio-Carcinom, seit Jahren viel mehr berichtet. Es soll deshalb hier mehr der Vollständigkeit halber davon die Rede sein, besonders vom Schicksal *unbehandelter* gesteigerter Atypien.

Bei 87 Frauen wurde anlässlich einer ersten Untersuchung der Portio histologisch eine gesteigerte Atypie gefunden. Alle diese Frauen konnten von der Notwendigkeit weiterer Kontrollen überzeugt werden.

Tabelle VI

*Ergebnisse der Kontrollen bei früherem *Hi. III/IV**

o. B. (Rückbildung)	8 + 1 in grav. = 9	10,4 %
<i>Hi. I/II</i> (Rückbildung)	10 + 3 in grav. = 13	14,9 %
<i>Hi. III/IV</i> (unverändert)	57 + 5 in grav. = 62	71,3 %
Ca	3 + 0 in grav. = 3	3,4 %
	78 + 9 in grav. = 87	100 %

Anlässlich der weiteren Untersuchungen zur Bestätigung des histologischen Befundes und zur Abklärung der weiteren Behandlung war bei 62 Frauen = 71,3 % wieder eine gesteigerte Atypie zu finden. 5 Frauen

darunter, die zum ersten Male in graviditate untersucht worden waren, wiesen auch nach der Geburt dieselbe Atypie wieder auf. Allen wurde eine Behandlung vorgeschlagen, der sich 60 Frauen auch unterzogen. 2 Patientinnen erschienen nach einigen Kontrollen nicht mehr (*Fälle 6 und 7*).

Bei 22 Frauen = 25,3 % konnte der bei der ersten Untersuchung erhobene Befund nicht mehr verifiziert werden: in 13 Fällen (14,9 %) war nur noch ein Hi. I/II, bzw. in 9 Fällen (10,4 %) gar keine Atypie mehr zu finden (siehe Tabelle VII).

Diesen gegenüber stehen 3 Frauen, bei denen sich nach 2, 4 bzw. 5 Jahren ein Portio-Carcinom entwickelte (*Fälle 15, 16, 17*; Tabellen VII und IX).

Tabelle VII

Ergebnisse der Nachkontrollen bei 22 unbehandelten Hi.-III/IV-Fällen

(ohne Hi. III/IV in graviditate)

Kontrolle nach	Total	o. B.	Hi. I/II, dann o. B.	Hi. I/II	Hi. III/IV	Ca
Monaten	9	2	—	5	2*	—
1 Jahr	2	—	1	1	—	—
2 Jahren	1	—	—	—	—	1 (<i>Fall 16</i>)
3 Jahren	1	1	—	—	—	—
4 Jahren	2	—	—	1	—	1 (<i>Fall 15</i>)
5 Jahren	2	1	1	—	—	—
6 Jahren	—	—	—	—	—	—
7 Jahren	—	—	—	—	—	—
8 Jahren	1	—	—	1	—	—
9 Jahren	—	—	—	—	—	—
10 Jahren	1	—	1	—	—	—
11 Jahren	3	1	—	2	—	—
		5	3			
	22	8		10	2*	2

* Nicht mehr gekommen (*Fälle 5 und 6*).

In 2 Fällen konnte die angezeigte Therapie (Portio-Amputation und fraktionierte Curettage) nicht durchgeführt werden, weil die Patientinnen nicht in die Klinik eintreten wollten und weiteren Untersuchungen einfach fernblieben: *Fälle 5 und 6*.

Hi. III/IV, Nachkontrolle o. B. (Fälle 7 und 8)

In dieser Gruppe finden sich 8 Frauen, von denen 5 anlässlich einer oder mehrerer Kontrollen (nach durch Probeexzision festgestellter gesteigerter Atypie) während Monaten, 3 Jahren, 5 Jahren und 11 Jahren eine völlig unverdächtige Histologie zeigten (fibröses Gewebe, Plattenepitheldefekt, atrophisches Plattenepithel). Selbstverständlich werden alle diese Frauen weiter kontrolliert, im besonderen werden auch zytologische Abstriche angefertigt zur Sicherung bei allfälligen Histologie-Versagern. Besonders eindrücklich ist hier der *Fall 7*. Es würde sich dabei um eine „Heilung durch Probeexzision“ (*Wespi* u. a.) handeln, bei dem eine gesteigerte Atypie völlig entfernt wurde. Die Patientin bedarf schon im Hinblick auf ihr Alter (55 Jahre) weiterer Kontrollen.

Bei den übrigen 3 von diesen 8 Fällen konnte bei der Nachkontrolle zunächst eine einfache Atypie auf einer kolposkopisch immer noch etwas verdächtigen Portio gefunden werden. Später waren aber Kolposkopie und Zytologie völlig unverdächtig (kleine Umwandlungszone, Abstriche negativ), so dass teilweise auf die Entnahme einer Probeexzision verzichtet werden konnte. Dies zeigt *Fall 8*.

Hi. III/IV, Nachkontrolle Hi. I/II (Fälle 9 und 10)

Weitere 10 Frauen mit früherer gesteigerter Atypie wiesen anlässlich späterer Untersuchungen und Probeexzisionen nur noch einen Hi. I/II auf. Bei einer Patientin (*Fall 9*) musste anfänglich sogar ein sog. Oberflächen-Carcinom diagnostiziert werden. Eine chronische Endometritis erklärt die immer wiederkehrenden suspekten Abstriche (Kl. III), die ja oft entzündlich bedingt sind.

Zwei andere Patientinnen dieser Gruppe fallen durch ihr sehr *jugendliches* Alter auf: bei einer 20jährigen Patientin war ein Hi. IIb—c, evtl. Hi. III zu finden, sowie suspekten Abstriche in Vagina, Portio und Cervix. Nach 2 Monaten waren aber die Abstriche negativ, die Histologie ergab Hi. IIb. Dies zeigt, wie mit einer sorgfältigen Verifizierung der erstmaligen Befunde auch Portio-Amputationen vermieden werden können. Die andere sehr junge Patientin: *Fall 10*. Es handelt sich bei ihr am wahrscheinlichsten um entzündlich und mechanisch bedingte Portioveränderungen, wofür die leichte Besserung mit Colcemidsalbe spricht; eine vollständige

HISTOLOGISCHE BILDER

(Präparate der pathol.-anat. Anstalt Basel)

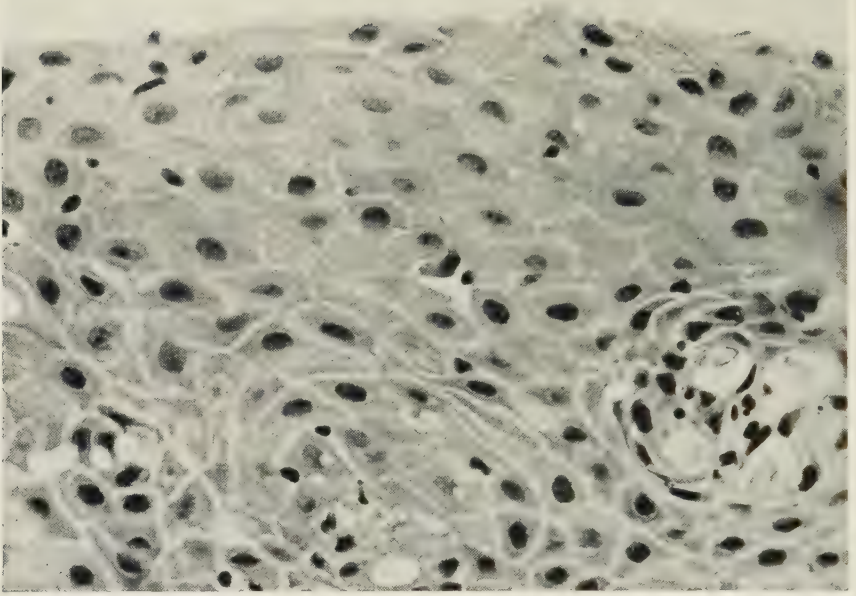


Abbildung 5
Fall 9. *Probeexzision* am 12. 8. 54: Hi. IIb und IIc. Vergr. 450mal

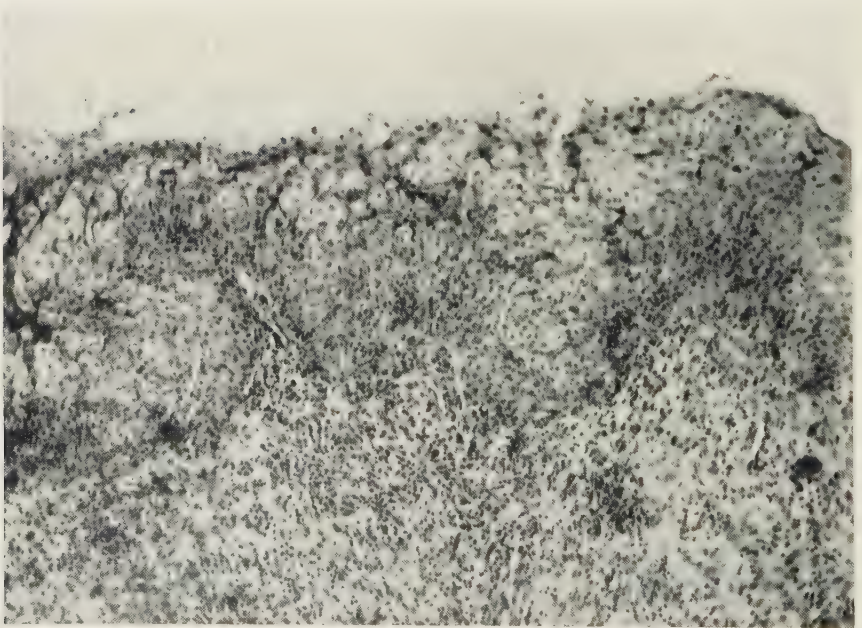


Abbildung 6
Fall 13. *Portio-Amputation* am 6. 7. 54: Hi. III und IVb. Vergr. 100mal

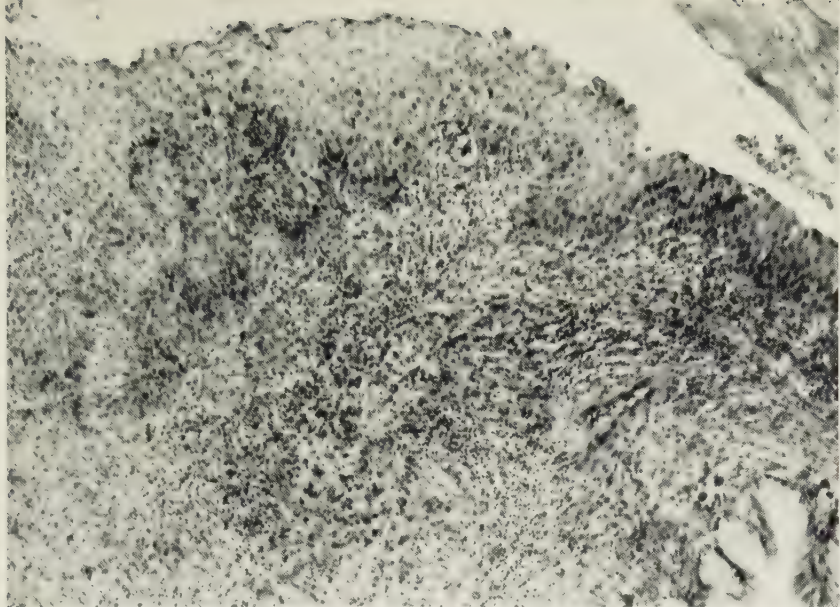


Abbildung 7

Fall 13. *Einfache totale Uterusamputation* am 30. 11. 54: Hi. III. Vergr. 100mal

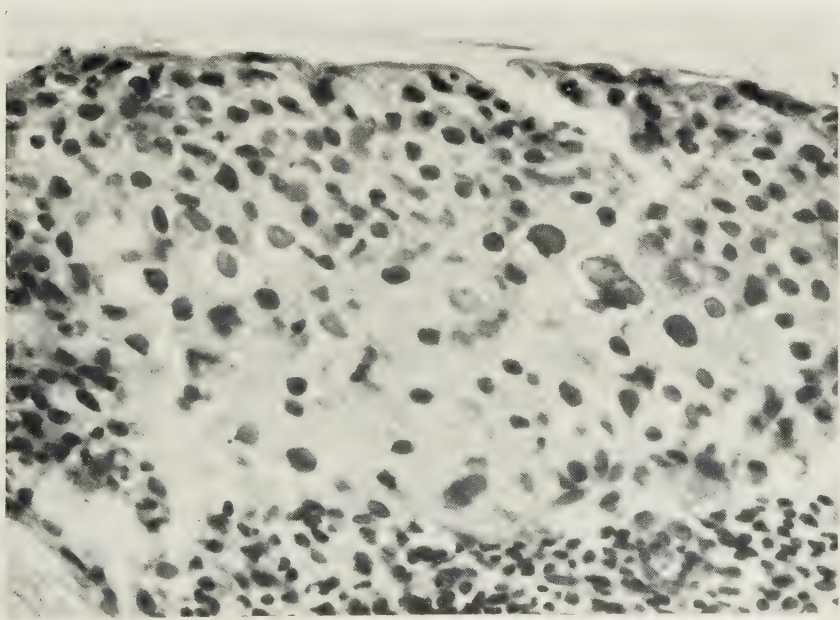


Abbildung 8

Fall 15. *Probeexzision* am 7. 10. 49: Hi. III. Vergr. 450mal

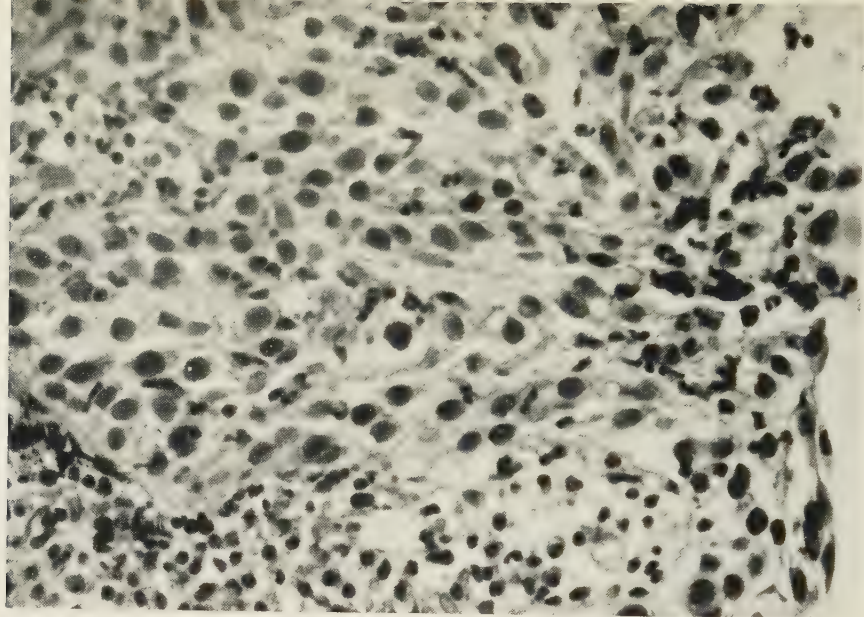


Abbildung 9
Fall 16. *Probeexzision* am 25.7.51: Hi. III. Vergr. 450mal

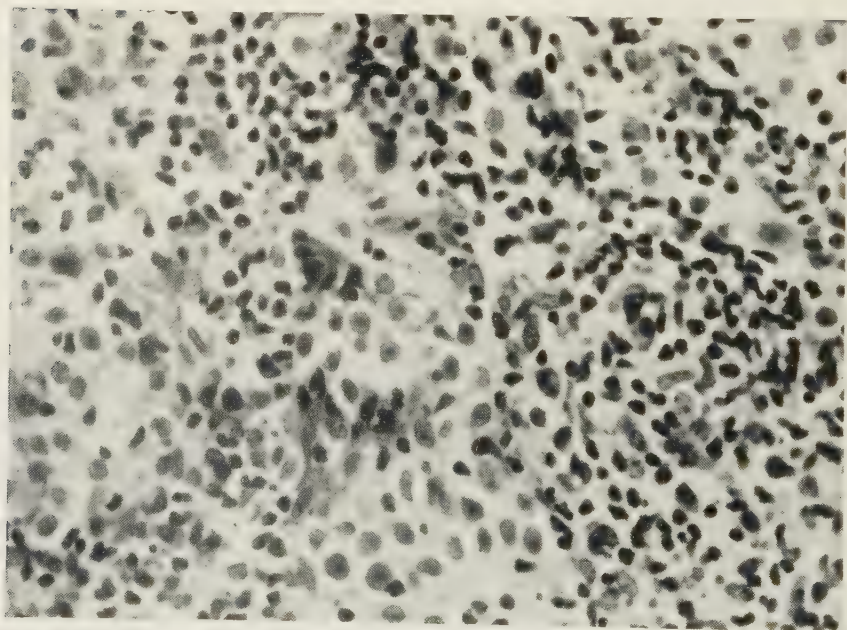


Abbildung 10
Fall 16. *Probeexzision* am 6.3.53: Plattenepithel-Ca mit starker Entzündung
Vergr. 450mal

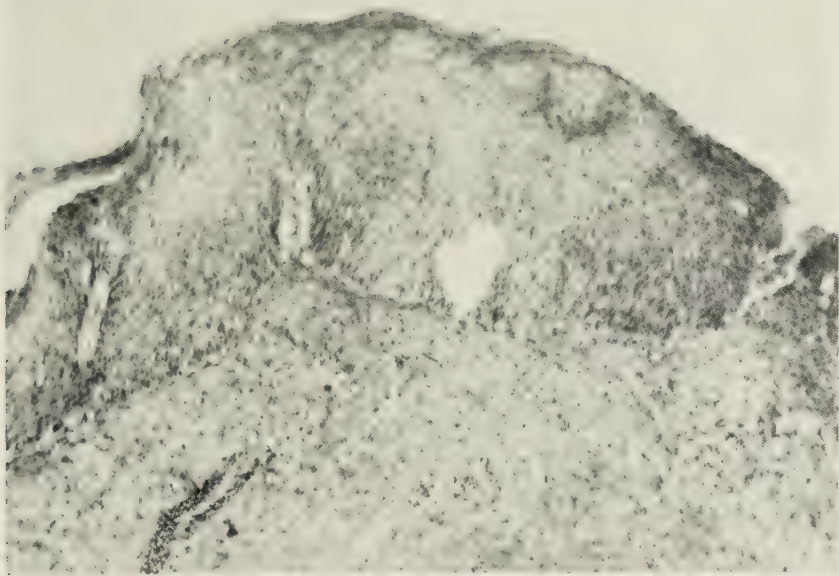


Abbildung 11

Fall 17. *Portio-Amputation* am 21. 6. 50: Hi. IIb und III. Vergr. 100mal

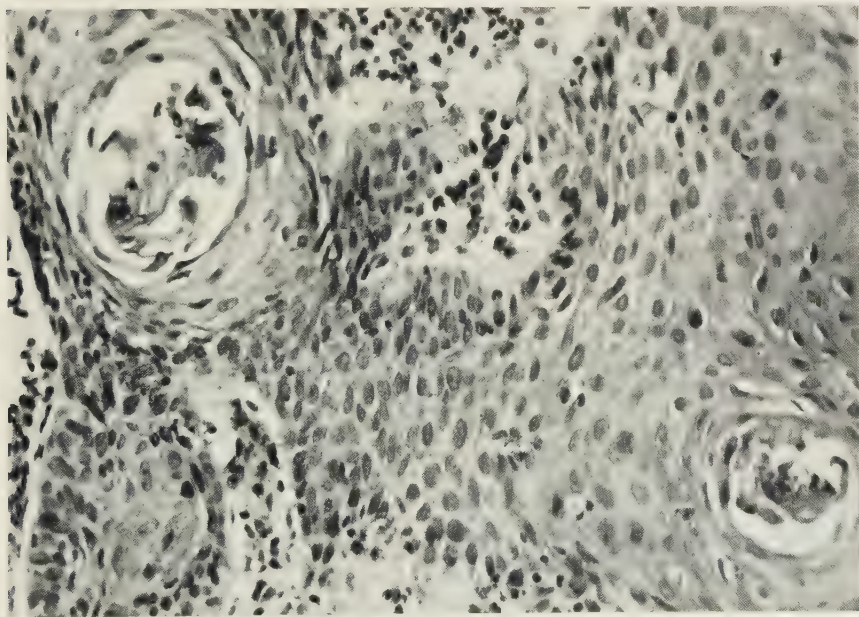


Abbildung 12

Fall 17. *Curettage* am 21. 6. 54: verhornendes Plattenepithel-Ca. Vergr. 250mal

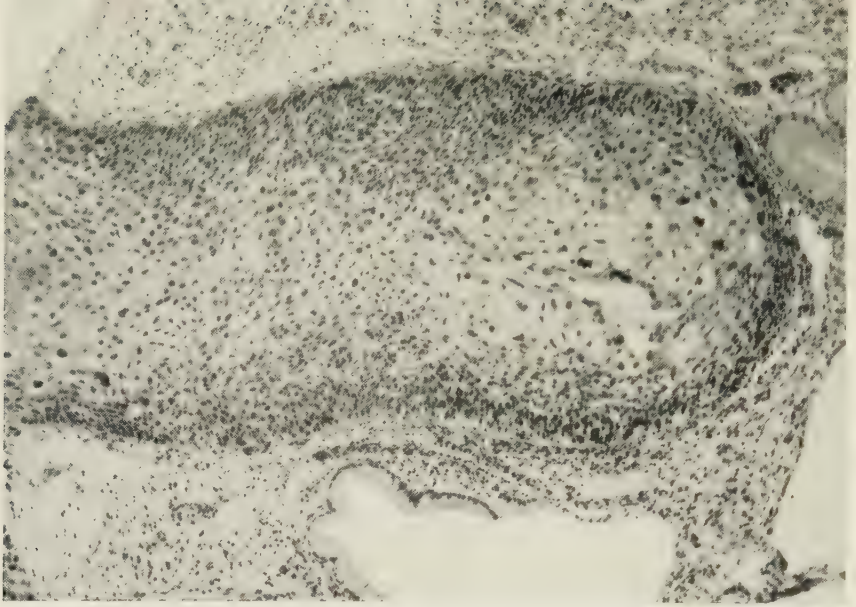


Abbildung 13

Fall 19. *Probeexzision* am 17. 6. 54: Hi. III und IVb. Vergr. 100mal

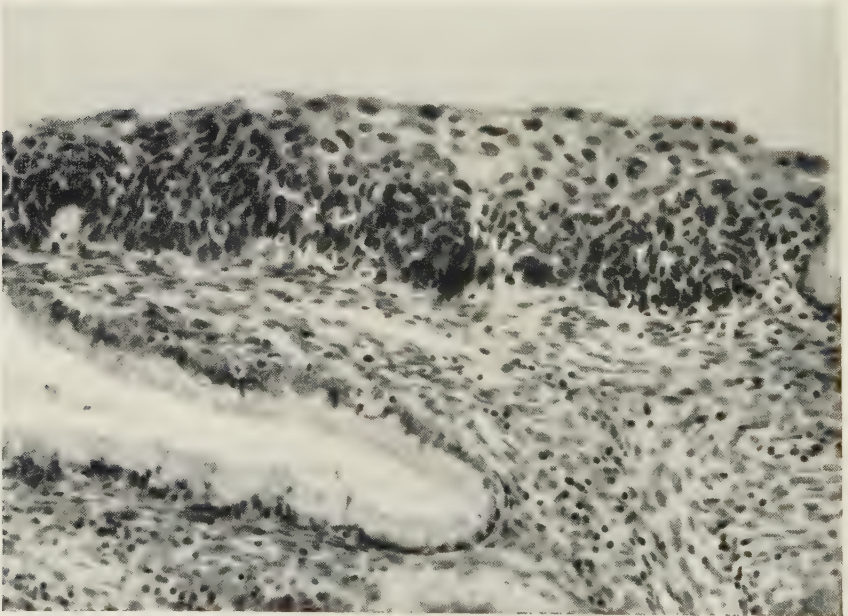


Abbildung 14

Fall 19. *Einfache totale Uterusamputation* am 13. 8. 54: Hi. III. Vergr. 220mal

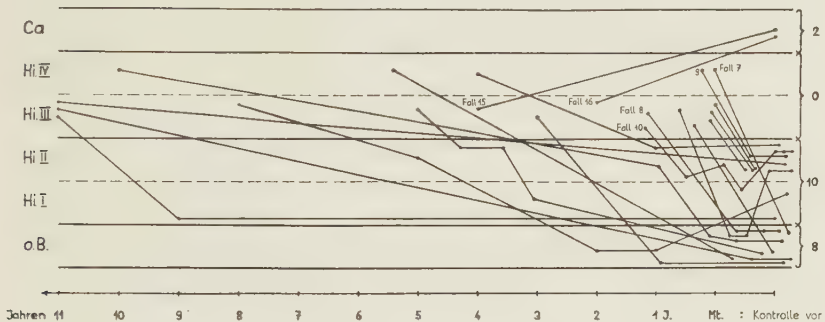
Heilung nach Ausschalten der Noxe (die in solchen Fällen allerdings meist schwer zu erreichen ist) würde beweisend sein.

Die Fälle mit späterer Carcinom-Entwicklung bei unbehandeltem Hi. III/IV werden weiter unten (Seite 22 Fälle 15 und 16) besprochen.

Tabelle VIII

Verlaufskurven von 20 Hi.-III/IV-Fällen, die nicht behandelt werden

(Kontrollen nach Monaten bis 11 Jahren)



Bei der kurvenmässigen Darstellung des Verhaltens unbehandelter gesteigerter Atypien kann allgemein eine absteigende Tendenz, d. h. eine Besserung festgestellt werden. Dies erklärt sich teilweise schon dadurch, dass bei nochmaliger Erhärtung der histologischen Befunde relativ gutartige Veränderungen erkannt werden (und deshalb auch auf eine Operation verzichtet werden kann). Es handelt sich also um eine Auslese der relativ harmlosen Fälle von Hi. III/IV.

In 2 Fällen (Fälle 15 und 16) wurden Kontrollen und Behandlung versäumt, trotzdem sie auf Grund des histologischen Befundes dringend notwendig waren. Später traten diese Frauen mit Portio-Carcinomen in die Klinik ein. Es sind dies die einzigen Fälle, die eine Verschlechterung zeigen.

Hi. III/IV, Nachkontrolle Hi. III/IV: Behandlung (Fälle 11—14)

Es handelt sich um total 58 Fälle, wovon aber 2 (Fälle 6 und 7) später der Früherfassungs-Sprechstunde unbehandelt fernblieben. Die übrigen 56

Patientinnen wurden nach nochmaliger histologischer Verifizierung des Befundes behandelt:

- 37 Portio-Amputationen
- 2 Portio-Amputationen mit Radium-Einlagen
- 6 Röntgen-Radium
- 10 totale Hysterektomien
- 1 Wertheim
- 56 behandelte Patientinnen

Bis auf 3, die nicht zur Nachkontrolle erschienen, konnte bei 53 Frauen das postoperative Resultat überprüft werden:

Tabelle IX

Ergebnisse der Nachkontrollen bei 53 behandelten Hi.-III/IV-Fällen

Kontrolle nach	Total	o. B.		Hi. I/II		Hi. III/IV		Ca	
		op.	Ra	op.	Ra	op.	Ra	op.	Ra
Monaten	16	12	2	1	—	1	—	—	—
1 Jahr	16	8	2	6	—	—	—	—	—
2 Jahren	9	8	1	—	—	—	—	—	—
3 Jahren	3	2	1	—	—	—	—	—	—
4 Jahren	4	3	—	—	—	1	—	—	—
5 Jahren	2	1	—	—	—	—	—	1*	—
6 Jahren	—	—	—	—	—	—	—	—	—
7 Jahren	1	1	—	—	—	—	—	—	—
8 Jahren	1	1	—	—	—	—	—	—	—
9 Jahren	—	—	—	—	—	—	—	—	—
10 Jahren	—	—	—	—	—	—	—	—	—
11 Jahren	1	1	—	—	—	—	—	—	—
	53	37	6	7	0	2	0	1	0
		43		7		2		1	

3 Patientinnen noch keine Nachkontrolle

* Fall 17.

Bei 43 Frauen war der Zustand nach der Behandlung völlig befriedigend. Sie werden selbstverständlich auch in Zukunft immer wieder untersucht. Wie die Tabelle zeigt, wurden vier Frauen bereits während 5, 7, 8 bzw. 11 Jahren kontrolliert, ohne dass ein Rezidiv auftrat oder die Zytologie Besonderheiten zeigte. Als Beispiel *Fall 11*.

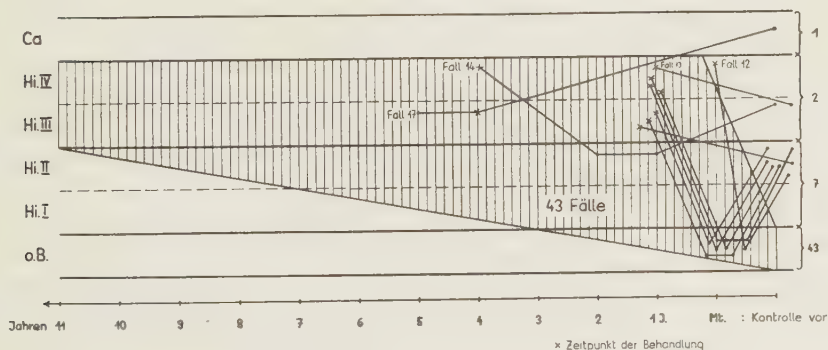
Sieben Frauen hingegen zeigten nach der Operation am Portiostumpf einfache Atypien, die sich aber nach weiterer Beobachtung bei 4 Patientinnen schon innert kurzer Zeit zurückbildeten. In den Fällen mit *einfacher Atypie nach Operation* wird das Vorgehen dasselbe sein, wie sonst beim Hi. I/II: regelmässige Kontrollen, evtl. Förderung der Regeneration. Als Beispiel *Fall 12*.

Bei 2 Frauen trat nach der Portio-Amputation ein *Rezidiv* auf (erneute gesteigerte Atypie). Ausser der kurzen Zeit bis zum Auftreten des „Rezidives“ sprechen auch die Vaginalabstriche, die nach der Amputation nie negativ wurden, dafür, dass die *Entfernung im Gesunden* (Hinselmann, Wespi) nicht gelang. In der Folge war das zurückgelassene atypische Epithel bald wieder in grösserer Ausdehnung an der neuen Portio vorhanden. In Anbetracht dessen und des Alters der einen Frau (44 Jahre) wurde der Uterus anschliessend total entfernt (*Fall 13*). Beim anderen Fall dieser Gruppe (*Fall 14*) wurde am Portiostumpf anlässlich der Nachkontrolle eine einfache Atypie gefunden. Diese wurde gemäss unseren Richtlinien regelmässig kontrolliert. Später traten verdächtige Symptome auf (unregelmässige Menses, blutiger Fluor): bei der Untersuchung erwiesen sich die Abstriche nach *Papanicolaou* als positiv, die Histologie ergab Hi. II-III. Die Krankheitserscheinungen hörten aber wieder auf, Abstriche und CK-Curettage waren nach 2 Monaten unverdächtig, so dass man vorläufig doch auf eine Operation verzichtete (*Fall 14*).

Tabelle X

Verlaufskurven von 53 Hi.-III/IV-Fällen, die operiert oder bestrahlt wurden

(Kontrollen nach Monaten bis 11 Jahren)



In gleicher Weise wie in Tabelle VIII für die spontan gebesserten (unbehandelten) Fälle wird hier das Verhalten der behandelten Fälle kurvenmässig dargestellt. Es ist, entsprechend dem Erfolg der Behandlung, der Anteil der geheilten Fälle sehr gross. Daneben können die 9 Fälle mit Entwicklung von Atypien (7mal Hi. I/II, 2mal Hi. III/IV) und der eine Carcinomfall nach behandelter gesteigerter Atypie verfolgt werden.

Hi. III/IV, Nachkontrolle Carcinom (Fälle 15—17)

Ein Carcinom wurde bei 3 Frauen = 3,4 % aller gesteigerten Atypien gefunden. Es sind dies die Ca-Fälle auf den Tabellen VII und VIII (Fälle 15 und 16), Tabellen IX und X (Fall 17). Beim ersten dieser 3 Fälle mit Ca-Entwicklung (*Fall 15*) wurden infolge unglücklicher Umstände während 4 Jahren in der hausärztlichen Kontrolle weitere Probeexzisionen oder eine Behandlung der Portioveränderung unterlassen, bis eine Dauerblutung eintrat: es hatte sich ein (schon makroskopisch sichtbares) ausgedehntes, exophytisch wachsendes Portio-Ca entwickelt (bei der letzten Untersuchung vor 1 Jahr habe die Portio makroskopisch noch unverdächtig ausgesehen: Jodpositivität. Endocervicales Gewebe wurde nie untersucht). Über das Vorhandensein des Ca in kleinstem Ausmasse neben dem Hi. III vor 4 Jahren kann selbstverständlich nichts ausgesagt werden, da ja keine Portioamputation mit histologischer Durchuntersuchung ausgeführt wurde. Der Fall zeigt, welche Gefahr bei gesteigerten Atypien der Patientin drohen kann.

Bei *Fall 16* war die erste Probeexzision (25. 7. 1951) infolge der sehr starken Entzündung und der Traumatisierung bei der Gewebsentnahme schwierig zu beurteilen. Es wurde damals eine Atypie Hi. IIc, mit schwerer chronischer Entzündung (Erosion) diagnostiziert mit dem Hinweis „Fall, der weiter kontrolliert werden sollte“. Heute muss die Epithelveränderung mit aufgehobener Schichtung und zahlreichen Mitosen unbedingt als Hi. III beurteilt werden. Die Patientin erschien erst nach 1³/₄ Jahren wieder zur Untersuchung, nachdem seit 1 Jahr die Perioden unregelmässig geworden und seit 1¹/₂ Jahr Spurb Blutungen aufgetreten waren: Ca colli.

Bei *Fall 17* handelt es sich um das einzige Carcinom, das nach behandelter gesteigerter Atypie auftrat (siehe Tabellen IX und X). Diese Frau suchte (nach Entfernung der Portio uteri) erst wieder einen Arzt auf, als verdächtige Symptome aufgetreten waren. Das Carcinom sass im Cervicalkanal und hätte wahrscheinlich schon zu einem früheren Zeitpunkt auf

Grund verdächtiger Abstriche und anschliessender Curettage gefunden werden können.

3. Ergebnisse der Nachkontrollen bei Atypien in graviditate

Da immer wieder betont wird, dass das Vorkommen von Epithelatypien der Portio in der Schwangerschaft infolge der besonderen hormonalen Verhältnisse relativ häufig und harmlos sei (*Hamperl, Runge*), sollen hier die 19 Fälle mit Atypien in graviditate, die schon in den Tabellen III und V figurieren, als besondere Gruppe besprochen werden. Über die Häufigkeit von Atypien bei unseren Schwangeren kann nichts ausgesagt werden, da keine systematischen Reihenuntersuchungen vorgenommen werden, wie sie *Hamperl* u. a. durchführten. Es sollen lediglich die Ergebnisse an einigen Schwangeren, die in die Früherfassungs-Sprechstunde kamen, dargelegt werden.

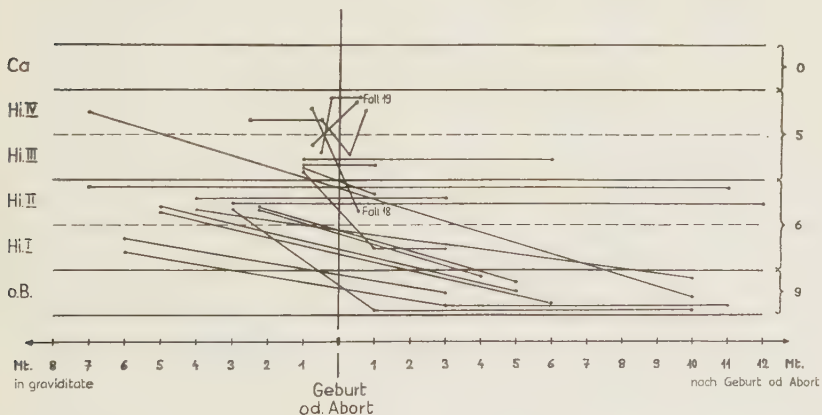
Tabelle XI

Ergebnisse der Nachkontrollen bei Hi. I/II und Hi. III/IV in graviditate

Erstmalige Histologie	Total	Bei Nachkontrolle post partum			
		o. B.	Hi. I/II	Hi. III/IV	Ca
Hi. I/II	11	8	3	—	—
Hi. III/IV	9	1	3	5	—

Tabelle XII

Verlaufskurven von 11 Hi.-I/II- und 9 Hi.-III/IV-Fällen in graviditate



1. *Einfache Atypien*: Von 11 Hi. I/II waren nach erfolgter Geburt noch 3 vorhanden (die weiter kontrolliert werden). Bei den übrigen 8 Frauen war schon auf Grund der Kolposkopie eine Rückbildung des Portiobefundes zu erkennen, oder die zur Sicherheit ausgeführten Probeexzisionen zeigten keine Atypien mehr. Allerdings kann aus der kleinen Zahl von 11 Fällen kein Schluss auf prozentuale Verhältnisse, Weiterentwicklung usw. gezogen werden.

2. *Gesteigerte Atypien* wurden in graviditate 9mal gefunden. Lediglich eine der Patientinnen trug die Schwangerschaft aus; bei dieser zeigte die Portio post partum keine Besonderheiten mehr.

Sieben weitere Frauen aber waren gegenüber ihrer Schwangerschaft negativ eingestellt: 2 kamen zur psychiatrischen Begutachtung und Interruptio in die Klinik, die anderen 5 mit Abortus incompletus in frühen Schwangerschaftsmonaten. Es wäre also wieder, wie schon bei Fall 10, die *Einwirkung mechanischer und chemischer Noxen* in Betracht zu ziehen.

Bei der letzten Frau dieser Gruppe kam es nach Sterilisation in der Frühgravidität zum Spontanabort.

Diese Fälle sind noch viel weniger als die Hi.-I/II-Fälle auf Grund ihrer ungünstigen Auslese und der geringen Anzahl zu gültigen Aussagen geeignet.

Ergebnisse bei Nachkontrolle:

Eine Frau (die einzige, die ihre Gravidität austrug) zeigte, wie schon oben erwähnt, nach der Geburt keine Besonderheiten des Portioepithels mehr.

Bei 3 Frauen war anlässlich der Portiokontrolle post abortum nur noch eine einfache Atypie (die regelmässig kontrolliert werden muss) zu finden: *Fall 18*.

Bei 5 Frauen hingegen bestand auch nach dem Abort die gesteigerte Atypie weiter. Eine davon, 19jährig, mit relativ geringen Veränderungen („hie und da einfache und auch ganz leicht gesteigerte Atypie: Hi. IIB und Hi. III“) wird vorläufig nur beobachtet. Bei den anderen 4 Frauen war auch nach dem Abort ein wesentlich stärkerer, unveränderter Befund (der bis zum sog. Oberflächen-Carcinom ging) zu erheben, nebst positiver Zytologie (Kl. IV). Es wurden deshalb bei 2 Frauen Portioamputationen, bei den anderen 2 einfache totale Hysterektomien vorgenommen. Bei Nachkontrollen zeigten alle Frauen bis jetzt einen befriedigenden Zustand. Als Illustration *Fall 19*.

4. Collum-Carcinome

Die restlichen 52 Frauen zeigten Collum-Carcinome aller Stadien, ohne dass in der Anamnese Portioepithel-Veränderungen zu finden wären. Ihre Entdeckung wurde schon in der Folge von Tabelle I besprochen.

Es ist lediglich noch interessant, dass darunter in 6 Fällen eine Plattenepithelatybie *Hi. III/IV*, in 1 Fall eine Plattenepithelatybie *Hi. I/II* neben dem Carcinom vorhanden war. Da keine früheren Untersuchungen dieser Portiones vorliegen, wissen wir nicht, ob es sich um eine Carcinom-Entwicklung aus als Ca-Vorstadien angesehenen Atypien handelt; ob die Atypien auf Grund einer Induktion (also sekundär) aus normalem Portioepithel entstanden; oder schlussendlich eine Reaktion auf die jedes Carcinom umgebende reaktive Entzündung darstellen (entzündliche Atypie, *Wespi*). Diese Frage beschäftigte seit der Beschreibung von Epithelatybie in der Umgebung von Carcinom viele Autoren, ohne dass bis jetzt eine Antwort gefunden werden konnte.

E. Schlussfolgerung

Weil nur 3 von 3025 untersuchten Frauen (mit Kontrollzeiten bis zu 11 Jahren) eine Carcinom-Entwicklung nach früheren gesteigerten Atypien zeigen, müssen zu gültigen Aussagen über Zusammenhänge noch viel grössere Zahlen von Patientinnen untersucht werden. Mit der Zeit könnten dann verbindliche Prozentsätze der wahrscheinlichen Carcinom-Entwicklung aus Portioepithel-Atypien berechnet werden. Leider fehlen uns Vergleichszahlen über den prozentualen Anteil der *Erkrankung* an Portio-Ca bei völlig gesunden Frauen, weil dafür keine Meldepflicht besteht (*Glatthaar*). Der Anteil des Collum-Ca an allen gynäkologischen Eintritten (Basel: 4—5,6 %, Zürich: 5,2—6 % — *Abt, Gadola, Glatthaar, Koller, Mattmüller, Niggli*) stellt keine gute Vergleichsmöglichkeit dar, da das Grundmaterial (gynäkologische Eintritte) ungünstig ausgelesen ist. Der gleiche Einwand ist gegen Prozentzahlen bei Frauen mit unerheblichen Portio-Befunden („o. B.-Fälle“) aus der Früherfassungs-Sprechstunde zu erheben, da der grösste Teil von ihnen sich wegen Beschwerden oder nach Triage durch die *Schillersche* Jodprobe (Jodnegativitäten) — nicht lediglich zur Kontrolle — untersuchen lässt.

F. Zusammenfassung

1. Es werden die Resultate der Nachuntersuchungen von einfachen und gesteigerten Epithelatypien der Portio vaginalis uteri aus den vergangenen 11 Jahren (1943—1954) dargelegt. — Unter 3025 Frauen wiesen 1039 Atypien auf: 952 Hi. I/II abc, 87 Hi. III/IV abc anlässlich der ersten Untersuchung. 617 davon = 59 % konnten nachuntersucht werden.
2. Anlässlich der Nachkontrollen wurde bei 530 Fällen mit früherem Hi. I/II gefunden:
 - 69,9 % „o. B.-Fälle“ (keine Epithelveränderungen bei histologischer Untersuchung, oder schon kolposkopisch unverdächtig);
 - 29,0 % Hi. III (unverändert);
 - 1,1 % Hi. III/IV, wobei in 4 Fällen (unter 6) die Atypie anlässlich der ersten Probeexzision entging, wahrscheinlich also schon bei der ersten Untersuchung bestand. Bei den übrigen 2 Fällen scheint es sich um eine echte Weiterentwicklung zu handeln;
kein Portio-Ca.
3. Anlässlich der Nachkontrollen wurde bei 78 Fällen mit früherem Hi. III/IV gefunden:
 - 10,4 % „o. B.-Fälle“ (9 Fälle), die weiter beobachtet werden müssen;
 - 14,9 % Hi. I/II: Es handelte sich meist um gesteigerte Atypien von geringerer Ausdehnung;
 - 71,3 % Hi. III/IV (unverändert): Bis auf 2 konnten alle diese Patientinnen behandelt werden;
 - 3,4 % Portio-Ca (3 Fälle, wovon 2 nach unbehandelt gebliebener gesteigerter Atypie).
4. Die Nachuntersuchungen bei Atypien in graviditate ergaben:
 - Bei 11 Frauen mit Hi. I/II waren nach der Geburt 8 „o. B.-Fälle“ und 3 Fälle mit unveränderter einfacher Atypie zu finden.
 - Bei 9 Frauen mit Hi. III/IV waren nach der Geburt bzw. post abortum folgende Befunde zu erheben:
 - 1 „o. B.-Fall“,
 - 3 Hi. I/II (Rückbildung),
 - 5 Hi. III/IV (unverändert), wovon 4 schon behandelt werden konnten.
5. Die Kontrollzeiten bei *Histologie*:
 - o. B. nach 1 bis 2 Jahren,
 - Hi. I/II nach 6 Monaten bis 1 Jahr,
 - Hi. III/IV sofortige Einweisung in Klinik zur Behandlung, erwiesen sich als richtig.

G. Kasuistik

(19 Fälle)

Erläuterung der Abkürzungen:

1. Kolposkopische Signaturen

- E = Ektopie
U = Umwandlungszone
L = Leukoplakie
G = Grund
F = Felderung
scharfr. = scharfrandig
J-neg. = jodnegativ

2. Zytologie

- V = Abstriche Vagina
P = Abstriche Portio
C = Abstriche Cervikalkanal

3. „Alter“ = Alter im Jahre des erstmaligen Auftretens von Portioveränderungen

4. PE = Probe-Exzision

Fall 1: K.-B., S., 1895 (1950 55jährig)

3 normale Geburten.

1948 Menopause.

1949 Kontrolluntersuchung. Portio fleckig jodpositiv: PE o. B.

1950 Kontrolluntersuchung. Jodnegative Stelle an der Portio: PE Hi. I.

1952 Kontrolluntersuchung. Portio fleckig jodpositiv: PE o. B.

2. 7. 53 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; Portio senil-atrophisch: U, fleckig jodpositiv. Keine PE nötig.

2. 3. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. II, C = Kl. II; U. Mündung des Cervikalkanals etwas ektropiert: PE Atrophie des Epithels, Entzündung.

11. 6. 54 Kontrolluntersuchung. E und U, senil-atrophisch: Keine PE nötig.

15. 7. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; senil-atrophisch, schwache Jodfärbung: Keine PE nötig.

Fall 2: W.-F., E., 1910 (1945 35jährig)

1943 Cholecystektomie.

1947 Strumektomie.

1939 Abort. — 4 Spontangeburt.

1945 Kontrolluntersuchung. Jodnegative Stelle an der Portio: PE Hi. IIa.

1948 Kontrolluntersuchung. Portio fleckig, jodpositiv: PE o. B.

- 1950 Kontrolluntersuchung. Jodnegative Stelle an der Portio: PE Hi. I.
 1952 Kontrolluntersuchung. Descensus uteri: Ring-Pessar. Jodnegative Stelle an der Portio: PE Hi. I.
 23. 11. 53 Kontrolluntersuchung. Wohlbefinden; regelmässige Menses. Ringträgerin; grosse E und U, z. T. blutend. PE chron. Entzündung, Granulationsgewebe.
 2. 12. 54 Kontrolluntersuchung. P = Kl. II, C = Kl. II; E und breite U, Erosio vera; j-blass: Keine PE nötig.
 24. 6. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II; atypische U mit Ulceratioen, j-pos.: PE Plattenepitheldefekt, Entzündung im Stroma.

Fall 3: G.-G., M., 1908 (1948 40jährig)

- 1915 Kniegelenks-Tbc.
 1935 Spontangeburt.
 1944 Ovariectomie links.
 1948 Kontrolluntersuchung. J-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. IIc.
 16. 7. 53 Kontrolluntersuchung. Wohlbefinden; V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; grosse zirkuläre U mit peripherer Felderung: PE Hi. IIa, IIb.
 Dez. 1953 Dauerblutung.
 4. 1. 54 Klinik. Curettage: Normales Endometrium; V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; an der vord. MML L, G und F, an der hint. MML L und F in bedeutend grösserer Ausbreitung, j-neg: PE (3 Stellen) Hi. I, IIb.
 3. 5. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; kolposkopischer Befund idem: PE (3 Stellen) Hi. I.
 17. 1. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I—II, P = Kl. II, C = Kl. II; breite, scharfr. j-neg. U: PE (4 Stellen) Hi. IIc.

Fall 4: G.-S., C., 1926 (1952 26jährig)

- 1952 Abort.
 März 1952 Kontrolluntersuchung. J-neg. Stelle an der Portio: PE Pachydermie.
 Nov. 1952 Kontrolluntersuchung. J-neg. Bezirk periorifiziert: PE (12 h) Hi. IIb.
 Mai 1953 Kontrolluntersuchung. Wenig Fluor albus. Befund bei der Jodprobe idem: PE (12 h) Hi. I.
 19. 10. 53 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. III—IV, C = Kl. III; U; an der ganzen Peripherie G und F, scharfr. j-neg.: PE (2 Stellen) Hi. IIa, IIb.
 23. 11. 53 Kontrolluntersuchung wegen pos. Zytologie; kolposkopisch unverändert: PE (2 Stellen) 12 h: Hi. IVb (Abb. 1), 6 h: Hi. IIb.
 5. 12. 53 Portio-Amputation: Grosse Erosion und Hi. IIa, IIb, IIc (Abb. 2); Curettage: Uterusschleimhaut mit beginnender Sekretion.
 13. 1. 54 Kontrolluntersuchung. Wohlbefinden; typisches kolposkopisches Bild nach Portio-Amputation: PE (2 Stellen) chron. Entzündung, keine Atypien.
 Weitere Kontrollen: Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.

Fall 5: B.-S., M., 1908 (1954 46jährig)

- 1927 Abort. — 2 Spontangeburt.
- 1943 Kons. Myomoperation und Entfernen eines Adnex-Tu.
2. 6. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. III, C = Kl. II; grosse E mit schmaler marginaler U: keine PE nötig.
24. 6. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. III, C = Kl. IV; E und U; bei 6 h mit J scharfr. Begrenzung: PE (2 Stellen) Hi. IIb; einmalige Zwischenblutung.
15. 11. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. IV, C = Kl. III—IV; U mit Zylinderepithelinseln; Narben und Entzündung bei 12 h: PE (2 Stellen) Hi. IIb, III; E.
Vorschlag zu fraktionierter Curettage und Portio-Amputation; Pat. erscheint hierauf nicht mehr.

Fall 6: P.-I., L., 1927 (1954 27jährig)

- 1950 Spontangeburt.
6. 2. 54 Kontrolluntersuchung. Starker gelber Fluor. V = Kl. I, P = Kl. III, C = Kl. III; U mit L, G und F; Kolpitis diffusa; mit J scharfr. neg.: PE (3 Stellen) Hi. III, IIb, Erosion mit Entzündung.
15. 3. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. IV, C = Kl. IV; Kolposkopie idem: PE (2 Stellen) Hi. III—IVa, chron. Entzündung. Spitaleinweisung; Pat. leistet keine Folge.
- Apr. 1954 Elektrokoagulation im Ausland.
25. 5. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. III; gut regenerierte Portio, die aber peripher nicht erfasste Bezirke von G aufweist; j-neg.: PE (3 Stellen) Hi. IIa, IIb.
9. 8. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. IV, C = Kl. IV; bis auf die 3 schon beim letztenmal vorhandenen Bezirke geheilt; dort G und F, scharfr. j-neg.: PE (2 Stellen) Hi. IIa, IIb, III.
3. 9. 54 Pat. geht ins Ausland zur Behandlung; erschien nicht mehr.

Fall 7: W.-U., N., 1891 (1954 63jährig)

- 1918 Strumektomie.
- 1946 Menopause.
- 1950 Strumektomie.
23. 11. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. III; atrophische Portioschleimhaut, schwach j-pos.; Polyp-Abtragung; Hi. IVb (Abb. 3) = Basis des Polypen, sonst banales Fibroadenom.
1. 1. 55 Zytologie-Kontrolle. V = Kl. I, P = Kl. II, C = nicht beurteilbar.
5. 1. 55 Curettage: Unverändertes Plattenepithel im Cervicalkanal.
12. 1. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; originäre, j-pos. Portioschleimhaut: PE (sicherheitshalber an 4 Stellen) Pachydermie der Portioschleimhaut.
Weitere Kontrollen: Keine Blutungen, Wohlbefinden; Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.

Fall 8: G. E., 1926 (1954 28jährig)

- 1953 Adnexitis duplex. — Fluor „seit jeher“.
18. 1. 54 Klinik wegen Ovarialcyste rechts.
19. 1. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. III, C = Kl. II; U mit L, G und F, scharfr. j-neg.: PE (2 Stellen) Hi. IIb—III, Erosio vera mit Entzündung.
23. 1. 54 Probe-Laparotomie: Keilexzision aus beiden Ovarien.
5. 4. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; peripher zwischen 1—3 h L und G, dort scharfr. j-neg.: PE Hi. IIb; E und U.
30. 6. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; schmale E, breitere U: keine PE nötig.
- Weitere Kontrollen: Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.

Fall 9: G.-R., I., 1932 (1954 22jährig)

Oligo-Hypomenorrhoe: Menses alle 2—3 Monate, zunehmende Adipositas.

- seit
Jan. 1954 Amenorrhoe (Gravidität ausgeschlossen).
2. 8. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II—III, C = Kl. III; zirkuläre, breite Felderung; mit Jod scharfr. neg.: PE (3 Stellen) Hi. III, IVb, IVc (Abb. 4).
12. 8. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. III, C = Kl. III; kolposkopisches Bild idem: PE (3 Stellen) Hi. IIb, IIc (Abb. 5).
13. 10. 54 Curettage (auswärts): Endometritis chron. in Corpus und Cervix.
21. 2. 55 Kontrolluntersuchung. Seit Jan. 1954 keine Perioden mehr: sek. Amenorrhoe; V = Kl. I, P = Kl. I—II, C = Kl. III; U mit G und F; mit Jod scharfr. neg.: PE (4 Stellen) Hi. IIb, IIc, leichte Entzündung der Cervicalschleimhaut.

Fall 10: H. A., 1936 (1953 17jährig!)

- seit 1951 Fluor, deshalb:
14. 12. 53 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; breiter zirkulärer Bezirk von G und F; scharfr. j-neg., Kolpitis diffusa: PE (3 Stellen) Hi. IIb, IIc, Hi. III.
7. 1. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; Felderung, Leukoplakie und Grund, mit Jod scharfr. neg.: PE (4 Stellen) Hi. IIa.
8. 2. 54 Kontrolluntersuchung. Zytologie idem; Kolposkopie idem: PE (3 Stellen) Hi. IIb, Leukoplakie.
28. 4. 54 Klinik wegen Cyste re. Adnexgegend; psychiatr. Begutachtung b. Gravidität seit März 1954.
20. 5. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; sehr grosser Bezirk von G, der teilweise bis auf die Vaginalschleimhaut übergeht: PE (3 Stellen) Hi. I, leichte Pachydermie.
26. 5. 54 Ausschälen der Cyste, vag. Ausräumung der Gravidität.

7. 7. 54 Kontrolluntersuchung. PE Hi. IIa, IIb.
 3. 9. 54 Kontrolluntersuchung. PE (3 Stellen) Hi. IIa, IIb.
 24. 2. 55 Klinik wegen Adnexitis re.: Diathermiekur. — Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; Plexiglas-Pessar mit Colcemid-salbe für 2 Tage; breite, j-helle U, teilweise scharfr. negativ: PE (3 Stellen) Hi. IIa, IIb.
 22. 4. 55 Kontrolluntersuchung. Faustgrosse Resistenz der re. Adnexgegend; breite U mit Regenerationsinseln: keine PE.

Fall 11: B.-H., E., 1923 (1954 31jährig)

seit März

- 1954 Polymenorrhoe.
 19. 3. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. V, C = Kl. V; Portio auffallend flach; U mit L, G und F; scharfr. j-neg.: PE (4 Stellen) überall Hi. III, IVb.
 31. 3. 54 Klinik. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. V.
 7. 4. 54 Portio-Amputation und Curettage: Hi. IIb, IIc, Hi. III, IVb; poly-pöse Hyperplasie des Endometriums.
 20. 5. 54 Kontrolluntersuchung. Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.
 17. 9. 54 Kontrolluntersuchung. Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.
 21. 6. 55 Kontrolluntersuchung. Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.

Fall 12: B.-M., M., 1913 (1954 41jährig)

- 1943 Strumektomie.
 1941 Partus immaturus.
 1942 Spontangeburt.
 6. 4. 54 Hausarzt. Menses regelmässig, aber Kontaktblutungen. Seit 5 Monaten blutiger Fluor. J-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. IVb.
 26. 4. 54 Klinik. Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. V, C = Kl. III; Umwandlungszone mit L, G und F; scharfr. j-neg.: PE (2 Stellen) Hi. III.
 5. 5. 54 Portio-Amputation: Hi. III, z. T. IVb, Epitheldefekte, Granulationsgewebsbildungen, Entzündung. Curettage: Endometritis, leichte glandulär-cystische Hyperplasie.
 23. 8. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. III; typisches kolposkopisches Bild bei Status nach Portio-Amputation: keine PE nötig.
 6. 12. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I, P = Kl. II, C = Kl. II; an der vord. MML E, distal davon U: dort PE; mit Jod fleckig pos.: PE Hi. IIb.
 Kauterisation.

Fall 13: D.-S., S., 1910 (1954 44jährig)

- 1946 Strumektomie.
 21. 5. 54 Kontrolluntersuchung. Menses ganz unregelmässig. V = Kl. II,

- P = Kl. III, C = Kl. II; U mit G und F bei 12-1 h, dort mit Jod scharfr. neg.: PE Hi. IIb, selten Hi. III.
2. 6. 54 Klinik. Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. III, C = Kl. IV; CK-Curettage: zu wenig Material zur Beurteilung. An der Stelle der letzten PE Granulationsgewebe, sonst E und U; keine scharfr., j-neg. Bezirke.
15. 6. 54 Zytologie-Kontrolle. V = Kl. II, P = Kl. III, C = Kl. II (susp. Kerne).
6. 7. 54 Kolporrhaphie, Stöckel und Portio-Amputation: Portio-Schleimhaut mit Erosion, umschrieben Hi. III, IVb (Abb. 6).
28. 10. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. I—II, P = Kl. IV, C = Kl. IV; typisches Bild nach Portio-Amputation; bei 6 h G, mit Jod scharfr. neg.: PE (2 Stellen) Hi. IIa, IIb, IIc, III.
15. 11. 54 Klinik (Wiedereintritt). Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. III, C = Kl. IV; unregelmässige U mit G bei 6 und 12 h, dort scharfr. j-neg.: PE (3 Stellen) Hi. IIa, IIb, IIc.
30. 11. 54 Einfache totale Uterusamputation. Portiostumpf: Regenerat mit Erosionen; daneben Hi. III (Abb. 7). Weitere Kontrollen: Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.

Fall 14: G.-D., E., 1915 (1950 35jährig)

- 2 Aborte.
3 Spontangeburt
1939 Ventrofixation.
1943 Tubensterilisation.
1950 Curettage wegen Metrorrhagien: Atrophie des Endometriums; PE Hi. IVb.
- Mai 1950 Portio-Amputation: Hi. IIa, IIb, IIc.
1952 Kontrolluntersuchung. J-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. IIb.
1953 Kontrolluntersuchung. J-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. IIb.
14. 6. 54 Zytologie-Kontrolle: V = Kl. III.
15. 10. 54 Kontrolluntersuchung. Blutiger Fluor, unregelmässige Menses; P = Kl. II.
10. 11. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. IV—V, C = Kl. V; U mit L und F; keine Jodprobe, da j-empfindlich: PE (2 Stellen) Hi. IIb mit fließendem Übergang zu Hi. III.
24. 1. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = nicht beurteilbar; U mit Entzündungserscheinungen: PE (3 Stellen) o. B.; CK-Material o. B.

Fall 15: M.-H., M., 1903 (1949 46jährig)

- 1924 Sturzgeburt.
1927 Ventrofixation und Appendektomie.
1949 Kontrolluntersuchung (Hausarzt). J-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. III (Abb. 8).
Seither immer hausärztliche Kontrollen, aber keine PE mehr.

16. 12. 53 Kontrolluntersuchung (Hausarzt). Dauerblutungen seit 2 Monaten. Makroskopisch exophytisch wachsendes Portio-Ca: PE nicht verhornendes Plattenepithel-Ca.
Röntgen-Radium-Therapie. Weitere Kontrollen (bis 1955): o. B.

Fall 16: S.-K., R., 1904 (1951 47jährig)

- 1936 Spontangeburt, seither ungewollt steril; Menses regelmässig.
25. 7. 51 Kontrolluntersuchung. Fluortherapie; j-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. III mit schwerer Entzündung (Abb. 9).
6. 3. 53 Kontrolluntersuchung (Spezialarzt). Verdächtige j-neg. Stelle an der Portio: PE Plattenepithel-Ca mit starker reaktiver Entzündung (Abb. 10).
Seit 1 Jahr unregelmässige Perioden; seit $\frac{1}{2}$ Jahr intermenstruelle Spurb Blutungen.
Klinik: Eintrittsbefund: Ca colli Stad. I/4, evtl. II/11 nach li. hin.
31. 3. 53 Erweiterte totale Uterus-Exstirpation (nach Wertheim) mit Drüsen-
ausräumung: Plattenepithel-Ca, bis zum Übergang auf die Cervix
uteri reichend; keine Metastasen in Corpus und Lymphknoten.
Nachkontrollen (bis Mai 1955): o. B.

Fall 17: O.-M., M., 1890 (1949 59jährig)

- 7 Geburten (1934 Sectio).
3 Aborte.
1940 Menopause.
22. 7. 49 Kontrolluntersuchung. „Klimakterische Blutungen“; j-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. III (stark atypisch).
28. 7. 49 Kontrolluntersuchung. Sehr atypisch aussehende Portio: PE Entzündung, Erosion; kein intaktes Epithel.
31. 5. 50 Kontrolluntersuchung. PE (hint. Vaginalwand) Hi. Iib, III.
6. 6. 50 Kontrolluntersuchung. J-neg. Stelle an der Portio: PE Hi. III (stark atypisch, reichlich Mitosen).
21. 6. 50 Portio-Amputation: Hi. I, Iib, III (Abb. 11). Curettage: Plattenepithelverbände mit geringen Atypien.
2. 6. 54 Spurb Blutung bei Anstrengung.
10. 6. 54 Klinik. Grün-wässriger Fluor. Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. V, C = Kl. V; verruköse Leukoplakie um den Cervicalkanal; scharfr. j-neg.: PE (2 Stellen) Hi. III.
21. 6. 54 Curettage: Plattenepithel-Ca mit starker reaktiver Entzündung (Abb. 12).
Röntgen-Radium-Therapie.
Nachkontrollen (bis Mai 1955): o. B.

Fall 18: F.-H., V., 1932 (1955 23jährig)

- 1942 Osteomyelitis li. Femur.
1948 Strumektomie bei Basedowstruma.
3 Spontangeburt; starker gelber Fluor.

1. 3. 55 Klinik wegen Ovarialcyste rechts. Gravidität. Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. IV, C = Kl. IV; E und U; mit Jod an der vorderen MML scharfr. neg.: PE (2 Stellen) Hi. III, IVb (in graviditate).
8. 3. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. IV, P = Kl. IV, C = Kl. IV; atypische U mit F zwischen 12-6 h; scharfr. j-neg.: keine PE, da Gravidität.
16. 3. 55 Ausschälen der Cyste re. und Tubensterilisation.
19. 3. 55 Spontanabort.
4. 4. 55 Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. IV, C = Kl. III; PE (3 Stellen) Hi. I, IIa, IIb.
12. 4. 55 Zytologie-Kontrolle. V = Kl. II, P = Kl. IV, C = Kl. IV; Pat. verweigert weitere Untersuchungen.

Fall 19: G.-H., A., 1922 (1954 32jährig)

1944

16. 1. 54 Spontangeburt. — Letzte Periode 5. 4. 54: erneute Gravidität.
4. 6. 54 Klinik zur psychiatrischen Begutachtung der Schwangerschaftserstehungsfähigkeit. Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. III, C = Kl. IV; E und U: keine PE nötig.
17. 6. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. II, C = Kl. II; E und U (idem): PE (wegen pos. Zytologie) Hi. III, IVb (Abb. 13).
26. 6. 54 Zytologie-Kontrolle. V = Kl. III, P = Kl. III, C = nicht beurteilbar.
9. 7. 54 Vaginale Ausräumung der Grav. n. Laminaria-Einlage.
14. 7. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. III, P = Kl. IV, C = Kl. IV; E und U; polypöses Gebilde im CK (Decidua?): PE (2 Stellen) Hi. IVb, IVc.
3. 8. 54 Kontrolluntersuchung. V = Kl. II, P = Kl. IV, C = Kl. IV; E kleiner geworden; Jodprobe uncharakteristisch. PE (4 Stellen) Hi. III, IVb.
13. 8. 54 Einfache totale Uterusamputation: Hi. I, z. T. Hi. III; Corpus: Endometritis, Myometritis (m. nekrotischer Decidua).
Weitere Kontrollen: Kolposkopie und Zytologie unverdächtig.

H. Literaturverzeichnis

- Antoine, T.*: Oncologia, 5, 308 (1952).
Berger, J. und Wenner, H.: Gynéc. et Obstét. 52, 303 (1953).
Berger, J.: Schweiz. med. Wschr. 84, 860 (1954).
Brasch, D.: Entstehung und Früherfassung des Portiokarzinoms. Diss. Zürich 1938.
Buess, H.: Mschr. Geburtsh. 112, 348 (1941).
Deuel, H.: Schweiz. med. Wschr. 78, 713 (1948).
Dietel, H. und Focken, A.: Geburtsh. u. Frauenhk. 15, 693 (1955).
Erb, H.: Gynaecologia, 137, 95 (1954).
Gadola, D.: Gynaecologia, 123, 1 und 108 (1947).
Ganse, R.: Zur Pathogenese des Portiokarzinoms und Erleichterung seiner Frühdiagnose durch farbige Kolpophotogramme. Akademie-Verlag, Berlin (1955).
Glatthaar, E.: Oncologia, 5, 196 (1952).
Haefeli, K. und Roth, O.: Oncologia, 5, 234 (1952).
Held, E.: Oncologia, 5, 293 (1952); Arch. Gynäk. 183, 322 (1953).
Hinselmann, H., Koller, Th. und Antoine, T.: Z. ärztl. Fortbild. 23, 702 (1952).
Koller, Th. und Reichen, G.: Schweiz. med. Wschr. 82, 1207 (1952); Oncologia, 5, 259 (1952).
Limburg, H.: Oncologia, 5, 300 (1952); Dtsch. med. Wschr. 79, 133 und 170 (1953).
Müller, H. J.: Oncologia, 5, 267 (1952).
Niggli, F.: Gynaecologia, 130, 1 (1950).
Recken, D.: Geburtsh. u. Frauenhk. 15, 683 (1955).
Reichen, G.: Gynéc. et Obstét., Nr. 5—6 (1952).
Runge, H.: Medizinische, Nr. 36 (1952).
Runge, H. und Stoll, P.: Dtsch. med. Wschr. 80, 1069 und 1120 (1955).
Schinz, H. R. und Uehlinger, E.: Oncologia, 5, 146 (1952).
Vetter, H.: Oncologia, 5, 154 (1952).
Werner, R.: Schweiz. med. Wschr. 79, 559 (1949); Festschr. Hommel (1950).
Wenner, R. und Wespi, H. J.: Oncologia, 5, 227 (1952).
Werthemann, A.: Oncologia, 5, 219 (1952).
Wespi, H. J.: Entstehung und Früherfassung des Portiokarzinoms. Verlag B. Schwabe & Co. Basel 1946; Oncologia, 5, 192 (1952).

Gedruckt in Westdeutschland

